

**ENTEROCOLITE NECROSANTE INFECTIEUSE
CAS D'UN LARGE DECOLLEMENT MUQUEUX INTESTINAL**

YASSIBANDA S, KOSSI-MAZOUKA A, CAMENGO-POLICE S.M, NGHARIO NALI N.M, VOHITO M.D

RESUME

L'entérocolite nécrosante infectieuse est une pathologie rare. Le diagnostic est difficile et repose sur la radiographie sans préparation de l'abdomen. Les auteurs rapportent un cas d'entérocolite nécrosante infectieuse étant exprimée par l'expulsion spontanée d'un large décollement muqueux intestinal et dont l'évolution a été fatale.

MOTS CLES : Entérocolite nécrosante infectieuse

INTRODUCTION

L'entérocolite ulcéro-nécrosante est définie comme étant la nécrose de la muqueuse intestinale en l'absence d'occlusion vasculaire. C'est une entité encore mal connue, d'où la rareté des observations dans la littérature.

Sa symptomatologie est d'allure chirurgicale, souvent trompeuse et source d'un retard de diagnostic compliquant ainsi le pronostic.

Le diagnostic repose essentiellement sur la radiographie sans préparation de l'abdomen qui met en évidence une distension gazeuse des anses, peu spécifique même dans la forme typique.

L'évolution se fait très rapidement vers la mort en 48 heures dans 34% des cas.

Nous rapportons un cas d'entérocolite nécrosante infectieuse avec un large décollement muqueux intestinal suivi d'une expulsion spontanée.

OBSERVATION

Il s'agit d'un patient âgé de 45 ans, sans passé digestif particulier, présentant une importante altération de l'état général, une fébricule, des douleurs abdominales péri ombilicales à type de colique évoluant depuis un an, avec un léger ballonnement, accompagnées d'un important gargouillement, d'une diarrhée liquide d'évolution chronique ayant succédé à l'expulsion d'une pseudomembrane nécrosée verdâtre mesurant environ 1,36 mètres de long.

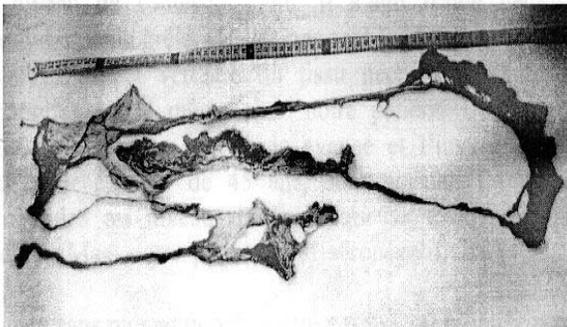


Figure 1 : Aspect macroscopique du matériel expulsé

Le bilan biologique est normal en dehors de l'ankylostome retrouvé à l'examen parasitologique des selles et traité par Helmintox. La sérologie HIV est négative.

Les explorations morphologiques à savoir : l'échographie abdominale, la fibroscopie digestive haute étaient normales. En revanche la radiographie de l'abdomen sans préparation a montré une distension gazeuse centrale des anses intestinales.

L'examen anatomopathologique pratiqué sur la pseudomembrane, au laboratoire du CHU Morvan de Brest, a montré un tissu nécrosé comportant de nombreux germes et des formations ovoïdes éosinophiles sans structure reconnaissable ni caractère de malignité.

Un traitement est institué à base d'antispasmodique et d'antidiarrhéique, mais sans succès.

Le patient est décédé après 20 jours d'hospitalisation.

COMMENTAIRES

L'entérocolite nécrosante d'origine infectieuse est une affection rare. Peu d'observations ont été rapportées dans la littérature chez l'adulte. Les rares cas rapportés n'ont pas fait état d'une expulsion de muqueuse. Elle est aussi appelée la maladie de HAMBURG dont l'origine serait une bactérie, le *Clostridium perfringens*. Ces bactéries siègent dans la sous-muqueuse et seraient à l'origine soit de la nécrose intestinale soit de l'invasion secondaire des tissus lésés et du développement d'une gangrène gazeuse. Le *Clostridium perfringens* sécrèterait entérotoxine qui agirait en diminuant le métabolisme de l'entérocyte. Ainsi la consommation d'oxygène est réduite de 30%, mais cette toxine ne modifie pas la synthèse de l'AMP cyclique. Par voie de conséquence il va y avoir la nécrose muqueuse par chute de l'apport en oxygène secondaire à la vasoconstriction (1, 2). Aucun âge n'est épargné, cette affection touche autant l'enfant que l'adulte (3). Cinq cas chez le nouveau-né ont été rapportés par GBAZI et coll (4) en 4 ans à partir de la radiographie de l'abdomen sans préparation.

Son expression clinique n'offre aucune spécificité et est dominée le plus souvent par une importante

altération de l'état général, une fébricule, des vomissements, des douleurs abdominales à prédominance péri ombilicale, retrouvées dans 20% des cas, le ballonnement (20% des cas) et la diarrhée sanglante (30 à 60%). Tous ces signes ont été retrouvés chez notre patient sauf les vomissements.

L'absence de spécificité de ce tableau clinique explique parfois les diagnostics erronés portés sur l'amibiase ou la colopathie fonctionnelle et le diagnostic d'entérocolite est le plus souvent fait en post-mortem.

Sur le plan anatomopathologique, il existe une nécrose focale débutante au niveau du sommet des vilosités. La sous-muqueuse adjacente est oedémateuse et congestive, elle est le siège d'un infiltrat constitué de polynucléaires neutrophiles. Macroscopiquement l'atteinte anatomique prédomine au niveau de l'intestin grêle. Il s'agit d'une nécrose verdâtre prédominant au bord antimésentérique du grêle. Ces lésions sont le plus souvent étendues. Les atteintes coliques sont rares (2). L'aspect verdâtre du tissu nécrosé avec infiltration des polynucléaires et des éosinophiles est identique à celui de notre patient. Les causes les plus fréquemment rapportées dans la littérature sont l'âge avancé et l'insuffisance cardiaque.

L'examen clinique de notre patient, âgé de 45 ans, était normal. La pullulation des polynucléaires et des éosinophiles au niveau de la muqueuse évoquerait une origine immunodépressive chez l'adulte. Mais notre patient avait une sérologie VIH négative. La prématurité a été évoquée par GBAZI et coll (4).

La radiographie de l'abdomen sans préparation peut être normale, ou montrer une distension gazeuse de l'intestin. On observe parfois des niveaux liquides ou la présence d'image en empreinte de pouce témoignant d'un oedème de la paroi intestinale, rarement une grisaille abdominale diffuse secondaire à un épanchement liquidien intra péritonéale. La constatation d'un pneumopéritoine radiologique est rare. FOTTER et col (5) ont retrouvé la distension abdominale dans 52 à 92% des cas. GBAZI et coll (4) ont retrouvé ce signe chez tous leurs cinq patients. Notre observation indique également les mêmes aspects.

Compte tenu de l'état inflammatoire et du caractère pré-perforatif des anses, aucun diagnostic n'a été fait dans la littérature à partir de la coloscopie ou du lavement baryté qui sont contre-indiqués.

L'artériographie demeure l'examen radiologique capital, qui confirme l'absence d'obstruction des gros troncs mésentériques.

Le traitement est médico-chirurgical par un remplissage vasculaire et exérèse des zones nécrosées. L'évolution se fait dans la plupart des cas vers la mort quelle que soit l'étendue des résections et la réanimation post-opératoire (2).

CONCLUSION

Cette observation est originale avec l'expulsion spontanée d'une pseudomembrane, l'entérocolite nécrosante infectieuse est une affection rare de diagnostic difficile et d'évolution fatale.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. BOISSIEU D, DUPONT C, BADOUAL J - Entérocolite ulcéro-nécrosante : aspects physiopathologiques. Arch Fr Pediatr 1992 ; 46 : 653-664.
2. FLORENT C, HAUTEFEUILLE M. - Entérocolites ulcéro-nécrosantes in Gastro-entérologie (J.J. BERNIER), Flammarion Médecine Sciences, 2^{ème} Edit : 1033-1034.
3. NAVARRO J - Entérocolite ulcéro-nécrosante du nouveau-né. In Chirurgie digestive de l'enfant, 1990. Doin Editeur ISBN 2-7040-0580 : 166-167.
4. GBAZI G C, KELI E, HARDING EG, NDRI K, KONAN A, ZUNON-KIPRE E, ABBY B C - Apport de l'imagerie dans le diagnostic de l'entérocolite ulcéronécrosante à propos de 5 observations. Rev Int Sci Med 2000 ; 2 : 153-157.
5. FOTTER R, SORANTIN E - Diagnostic imaging in necrotizing enterocolitis. Acta Paediatr . Suppl 1994 ; 396-38.